Ein Fall von Hyperemesis nach psychischem Insult.

Stanford University Library NOV 16 1906

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 30. Mai 1906

NEBST DEN BEIGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Schimschon Kwascha

aus Uman, Gouv. Kiew (Russland).

OPPONENTEN:

Herr S. Warschowtschik.
Herr J. Ruttschtein.
Herr V. Olenow.

Berlin.

Druck von E. Ebering, G. m. b. H.
Mittelstrasse 29.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. v. Leyden.

Meinen teuren Eltern

und Geschwistern.

I. Physiologie des Erbrechens.

Erbrechen ist ein typischer Reflex, welcher durch Reizung der den Digestionstrakt versorgenden Vagusäste ausgelöst wird. So führt bekanntlich eine Reizung der Rachenwand und des Gaumens, desgleichen eine Ueberladung oder Verätzung des Magens zum Erbrechen. Der Brechreflex fungiert somit, wie Exner es richtig bezeichnet, gleichsam als Wächter um eingeführte schädliche Stoffe zu entfernen. Der Brechakt kommt auf folgende Weise zustande. Vorerst findet eine tiefe Inspiration statt, bei der das Zwerchfell aus seiner Halbkugelform möglichst abgeflacht wird. Dadurch wird ein Widerlager gebildet, gegen das die Intestina von den sich gleichzeitig kontrahierenden Bauchmuskeln gedrückt werden (Brücke). Durch die gemeinsame Kontraktion der Bauchpresse und des Zwerchfelles wird der intraabdominale Druck derart erhöht, dass der Mageninhalt exprimiert wird. Magendie hat in seinen berühmten Versuchen den grossen Einfluss der Bauchmuskeln auf den Brechakt gezeigt, indem er Hunden intravenös Brechweinstein (Stibium-Kalitartaricum) einspritzte und hierauf die Bauchdecken eröffnete; es traten nur Brechbewegungen, aber kein eigentliches Erbrechen auf. In einem zweiten Versuche gastrotomierte er die Versuchshunde, ersetzte den Magen durch eine Schweinsblase mit Contenta, vernähte die Bauchdecken und spritzte den Hunden abermals intravenös Brechweinstein ein, worauf sie prompt erbrachen. Darauf

zog M. den Schluss, dass es wesentlich die Muskulatur der Bauchdecken sei, deren Kontraktionen den Brechakt herbeiführen. Nach Brücke beteiligen sich hierbei auch die Längsmuskeln des Oesophagus und des Magens. Dadurch wird nicht bloss die Cardia gehoben und erweitert, sondern auch der Fundus Ventriculi abgeflacht, der Halsteil des Oesophagus geöffnet und die Ausstossung des Mageninhalts erleichtert.

Das Erbrechen findet umso eher statt, je longitudinaler der Magen steht. Querstellung des Magens erschwert das Erbrechen, deshalb brechen Carnivoren leichter als Pflanzenfresser, Kinder leichter als Erwachsene. Es sind somit als Faktoren des Brechaktes anzusehen die Kontraktion des Zwerchfelles, der Bauchpresse und des Magens, wobei der Pylorus geschlossen und die Cardia geöffnet wird. Das Centrum für die Brechbewegungen liegt in der Medulla oblongata am Boden des 4. Ventrikels im hintern, unteren Abschnitt desselben und steht in Beziehung zum Atmungscentrum.

Pathologie des Erbrechens.

Das Erbrechen als Lokalsymptom kommt bekanntlich bei verschiedenen Magenerkrankungen vor, z. B. beim Carcinom, Ulcus ventriculi, Pylorusstenose, Pylorospasmus, der akuten und chronischen Gastritis, bei Achyliagastrica, Amyloiddegeneration der Magenschleimhaut und bei Stauungskatarrhen des Magens, ferner bei Passagestörungen im Darmtrakte (Einklemmungen, Tumoren).

Als Fernsymptom beobachtet man Erbrechen bei Erkrankung des Gehirns und seiner Häute, und zwar bei Anämie und Hyperämie des Gehirnes, bei Hirntumoren, bei der Meningitis, Commotio cerebri,

ferner bei zahlreichen spinalen Erkrankungen z. B. der Tabes dorsalis. Weiterhin kann das Erbrechen durch verschiedene medikamentöse Brechmittel wie Apomorphin, Cuprum sulf. und bei Intoxikationen z. B. durch Chloroform oder Morphium erzielt werden. In diese Gruppe des toxischen Erbrechens gehört auch das Erbrechen bei Urämie und Cholämie. Als Fernsymptom tritt endlich das Erbrechen bei einer Reihe von Erkrankungen auf reflektorischem Wege auf, z. B. bei der akuten und chronischen Peritonitis und Perityphlitis, ferner bei Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane; desgleichen bei Frauen während der Menstruation. Bekannt ist auch das Erbrechen während der Gravidität, welches in leichteren Graden als eine gesteigerte physiologische Erscheinung betrachtet werden kann, während es in schweren Fällen bis zum unstillbaren Erbrechen, dem sogenannten „Vomitus gravidarum perniciosus“ kommt, dessen Aetiologie bis heute noch wenig aufgeklärt ist. An diese Formen des Erbrechens, denen eine organische Veränderung zu Grunde liegt, wollen wir nun das Erbrechen nach psychischen Affekten reihen.

Psychische Momente, wie Aerger, Aufregung, Schreck, Sorgen können bekanntlich die Magentätigkeit in verschiedenem Grade beeinflussen (Appetitverlust, Magenschmerzen, Verdauungsstörungen, Erbrechen). Desgleichen wurde öfters bei in der Schule überangestrengten Kindern Erbrechen beobachtet. So beobachtete Strümpell bei Kindern wiederholt Erbrechen, welches sich durch den günstigen Einfluss einer psychischen Behandlung als „nervös“ herausstellte.

Wie stark die Magentätigkeit von dem Centralnervensystem beeinflusst wird, hat neuerdings Pawlow

mit seinen Versuchen an Hunden gezeigt. Pawlow legte an Hunden im Hungerzustande eine Magenfistel an und zeigte, dass bereits beim Vorhalten der Nahrung Magensaft reichlich abgesondert wurde. Dieser Saft wird von Pawlow als „psychischer Magensaft" bezeichnet. Die Verdauungsdrüsen sind nach seinem Ausspruche „gleichsam mit Verstand begabt". Sie ergiessen ihren Saft nach Quantität und Qualität genau so, wie es dem Gehalte der Nahrung an Kohlehydraten, Fetten und Eiweissstoffen entspricht und sie secernieren gerade diejenige Flüssigkeit, welche für die Bearbeitung der Nahrungsstoffe am vorteilhaftesten ist. Die eiweisshaltige Nahrung erhält einen Saft mit viel tryptischem Ferment; die stärkehaltige mit viel amylolytischem und die fettreiche mit viel fettspaltendem Ferment."

Auch in dem von Leyden'schen Vortrage über „nervöse Dyspepsie" ist der Zusammenhang zwischen nervöser Depression und Verdauungsstörungen dargelegt. Letztere können schnell vorübergehen, vermögen aber in manchen Fällen zu dauernden Krankheitszuständen zu führen. Als Beispiele der Abhängigkeit des Erbrechens von psychischen Emotionen mögen Kaltenbachs Fälle dienen. In dem einen Fall verschwand das Erbrechen bei einer stark abgemagerten Gravida mit dem Augenblicke, wo der von ihr sehr gefürchtete künstliche Abortus angeraten wurde. Im andern Fall, welcher ebenfalls eine Gravida betraf, verschwand das Erbrechen nach einer zu suggestiven Zwecken vorgenommenen Magenaushebung,

Das Erbrechen bei der Hysterie und Neurasthenie zeichnet sich aus durch die ausserordentliche Schnelligkeit, mit welcher der Brechakt auf psychische Einwirkungen erfolgt. Wir finden, sagt Binswanger, dieselbe Neigung zu Brechbewegungen bei völlig leerem

Magen, zuweilen in der Form des „Vomitus matutinus". Das Erbrechen kann wochenlang dauern und in manchen Fällen mit starker Anorexie verbunden sein und einen periodischen Charakter annehmen. Bereits der Gedanke an die Nahrungsaufnahme löst in manchen Fällen Brechbewegungen aus. Es giebt Individuen, sagt Kraepelin, die sich geradezu eine Virtuosität im Brechen aneignen. Binswanger hält die reflektorische Entstehung des Erbrechens von der Magenschleimhaut aus für unwahrscheinlich, vielmehr soll ein pathologischer Erregungszustand des medullären Brechcentrums oder eine gesteigerte Uebertragbarkeit corticofugaler Reizvorgänge auf das medulläre Centrum bestehen. Für die psychische Entstehung des hysterischen Erbrechens spricht nach Kraepelin der Umstand, dass Kranke, die Monate und Jahre hindurch erbrochen haben, mit einem Schlage in ihrem Verhalten umgewandelt werden können.

Das hysterische Erbrechen kann bei langer Dauer lebensgefährlich werden, da die Kranken stark herabkommen und einer accidentellen Erkrankung erliegen können. Glücklicherweise nimmt das hysterische Erbrechen in der Regel nicht diesen deletären Charakter an, da es gewöhnlich nicht nach allen Mahlzeiten auftritt, sodass ein Teil der Nahrung ausgenutzt wird. Bei der Neurasthenie kommt das Erbrechen seltener als bei der Hysterie vor. Rosenthal hat in derartigen Fällen eine stärkere Empfindlichkeit der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel gegen den elektrischen Strom beobachtet. Auch das Erbrechen bei der nervösen Dyspepsie entsteht nach Strümpell zuweilen unter dem Einflusse von Vorstellungen, nach denen das Erbrechen eine notwendige Entleerung darstellt.

Ich möchte nunmehr im Anschluss an obige Ausführungen die Krankengeschichte eines von mir auf der I. medizinischen Klinik des Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Leyden auf der Abteilung des Herrn Oberarztes Privatdozenten Dr. P. Lazarus beobachteten Falles von psychogenem, hysterischen Erbrechen folgen lassen. Der Fall ist dadurch interessant, dass das Erbrechen einen sehr heftigen Charakter gehabt hat, dass es zu akutem Kräfteverfall und zu vorübergehender Kachexie (Abmagerung in 15 Tagen um $10^1/_2$ Pfund) geführt hat und durch ein psychisch-diätetisches Regime behoben wurde.

Krankengeschichte.

(Journ.-No. 5156, 30. November 1904, J. W. 19.) Anamnese: Hedwig F., 26jährige Waise. Ihr Vater starb an Schwindsucht, ihre Mutter an Wassersucht, eine Schwester ist gesund.

Als Kind überstand P. Masern und Scharlach, litt ausserdem an englischer Krankheit, auf welche sie die Verkrümmungen des Brustkorbes und der Wirbelsäule bezieht.

Frühere Krankheiten: Im Juli 1903 stand Pat. wegen einer Blinddarmentzündung viele Wochen im Friedrichshain-Krankenhaus in Behandlung; in letzterer Zeit litt sie an Conjunctivitis und an rheumatischen Muskelschmerzen, gegen die sie Aspirin gebrauchte.

Menses begannen mit $13^1/_2$ Jahren, waren anfangs unregelmässig, später regelmässig, oft mit Schwindelgefühl, Kreuz- und Kopfschmerzen verbunden; letzte Periode am 24. November 1904. Kein Partus, kein Abortus.

Aeussere Verhältnisse: Pat. ist Arbeiterin

in einem Konfektionsgeschäft und hat als solche eine sitzende Beschäftigung (ca. $10^1/_2$ Stunden täglich). Sie lebte früher in auskömmlichen Verhältnissen. Vor 7 Wochen wurde sie aus dem Geschäft entlassen und hatte seither mit Not und Elend zu kämpfen; dazu liess sie ihr Bräutigam, mit dem sie 2 Jahre verlobt war, im Stich, sodass sie als völlig mittellose Waise dastand. Infolgedessen befand sie sich in der letzten Zeit in einem hochgradigen Erregungszustande. Im Anschlusse an die Aufregungen der letzten Wochen stellte sich Erbrechen ein. Pat. erbrach sogar, ohne Nahrung zu sich genommen zu haben, mehrmals täglich, mitunter auch nachts, kleinere Mengen grünlicher Flüssigkeit, welche Schleimflocken und Speisen enthielt. Seit dem 24. November erbricht sie fast stündlich, auch nachts. Es bestehen keine Schmerzen. Der Appetit liegt vollständig darnieder und Patientin ist abgemagert. Stuhlgang seit dem 6. Tage angehalten.

Status praesens: Pat. ist ein gracil gebautes Mädchen von zartem Knochenbau, kleiner Statur. Es besteht hochgradige Kyphoskoliose, die Schultern stehen hoch. Ferner bestehen Pectus Carinatum und rhachitische Einkerbungen der Schneidezähne. Die Muskulatur ist schlaff, das Fettpolster sehr gering. Pat. nimmt aktive Rückenlage ein. Gesicht bleich. Wangen eingefallen. Gesichtsausdruck verdriesslich, leidend. Blick matt. Exantheme, Oedeme, Narben, Decubitus sind nicht vorhanden. Pulsfrequenz ist nicht erhöht (im Mittel 78), die Temperatur ist normal (37).

Auffällige Symptome: Kachexie, deprimierte Stimmung. Pat. liegt apathisch da.

Spezieller Teil.

Nervensystem: Sensorium frei. Es bestehen keine Kopfschmerzen, dagegen häufig Sehwindelgefühl. Der Schlaf ist meist schlecht. Tremor ist nicht vorhanden. Motilitätsstörungen bestehen nicht. Die Sensibilität ist in allen ihren Qualitäten normal. Die Wirbelsäule ist auf Beklopfen nicht empfindlich, es bestehen keinerlei Parästhesien. Der Gaumenreflex ist etwas herabgesetzt. Patellarreflexe bis zu klonischen Zuckungen gesteigert. Es besteht ferner ein kurzdauernder Fussklonus. Babinski's Reflex: Links normale Plantarflexion, rechts nicht auszulösen. An den Funktionen der Gehirnnerven ist nichts abnormes nachzuweisen.

Ophtalmoskopischer Befund: Ziemlich grosse physiologische Exkavationen der Sehnerven beiderseits. Retinalgefässe kräftig injiziert; im übrigen vollständig normaler Befund.

Digestionsapparat: Lippen rot. Zunge teilweise weisslich belegt. Vollständiger Appetitmangel. Auch das Durstgefühl gering. Fast allstündlich Erbrechen. Obstipation. Im Abdomen ist keine schmerzhafte Stelle nachzuweisen, insbesondere nicht in der Magengegend. Keine Ovarialdruckpunkte.

Respirationsapparat: Der Thorax ist rhachitisch deformiert; es besteht hochgradige Kyphoskoliose, Hühnerbrust. Atmung costoabdominal, beiderseits gleichmässig, 20 in der Minute. Die Perkussion ergibt überall lauten Lungenschall und normale Lungengrenzen, die allseits respiratorisch gut verschieblich sind. Die Auskultation ergibt über beiden Lungen allseits reines Vesiculäratmen.

Cirkulationsapparat: Puls 78, regelmässig, ziemlich kräftig. Spannung der Arterie gering. Pulswelle weich und mässig voll. Spitzenstoss im

fünften Intercostalraum, innerhalb der Mamillarlinie. Herzgrenzen nicht verbreitert Die Herztöne sind über allen Ostien rein. Es bestehen keine Geräusche und keine pathologischen Hyperaccentuationen.

Die Blutuntersuchung ergab: Haemoglobingehalt 85%, rote Blutkörperchen 3920000, weisse Blutkörperchen 6000.

Gynäkologischer Befund.

Mobile retroflexio uteri. Rechtes Ovarium normal, linkes Ovarium nicht vergrössert, jedoch in Adhäsionen eingebettet und fixiert, aber nicht empfindlich; sonst normaler Befund. Urin: Tägliche Durchschnittsmenge schwankt zwischen 400 und 500 ccm. Spez. Gewicht 1.025—1.030. Albumen negativ. Saccharum negativ. Indican schwach positiv.

Decursus.

Im Verlauf der Krankheit waren drei Stadien zu beobachten.

Das erste Stadium ist charakterisiert durch das krampfhafte Tag und Nacht wiederholt, oft allstündlich auftretende Erbrechen. Das Erbrochene bestand meist aus einer gallig gefärbten, mit vereinzelten Speiseresten durchmengten Flüssigkeit. Die Pat. nahm während dieses vom 1. bis zum 23. XII. dauernden Stadiums stark an Gewicht ab (von 88 Pfund kam sie innerhalb 15 Tagen auf $77\frac{1}{2}$ herunter, somit verlor sie täglich durchschnittlich $\frac{3}{4}$ Pfund). Diese Gewichtsabnahme erfolgte trotz rektaler Ernährung (zweimal täglich Nährclysmata aus $\frac{1}{4}$ Liter Milch, 2 Eiern, 2 Esslöffeln Sherry, 1 Esslöffel Tropon, 1 Messerspitze Kochsalz und eine Messerspitze Natr. bicarb.).

Die wiederholten Ausheberungen des Mageninhaltes

1 Stunde nach dem Ewaldschen Probefrühstück ergaben folgende Resultate: Die Kapazität des Magens betrug kaum 1 Liter. Die Reaktion der ausgeheberten Flüssigkeit war schwach sauer; es waren weder freie Salzsäure, noch Milchsäure vorhanden, die Gesamtacidität war sehr gering, zw. 2 und 8, Pepsin war im Magensafte vorhanden.

Die Verdauungsprobe ergab, dass im filtrierten Magensaft ein Fibrinscheibchen erst nach $1^1/_2$ Stunden angedaut und selbst nach 24 Stunden noch nicht völlig verdaut worden war.

Weder im Mageninhalt, noch im Erbrochenen, auch nicht in den Fäces wurde jemals mikroskopisch Blut nachgewiesen.

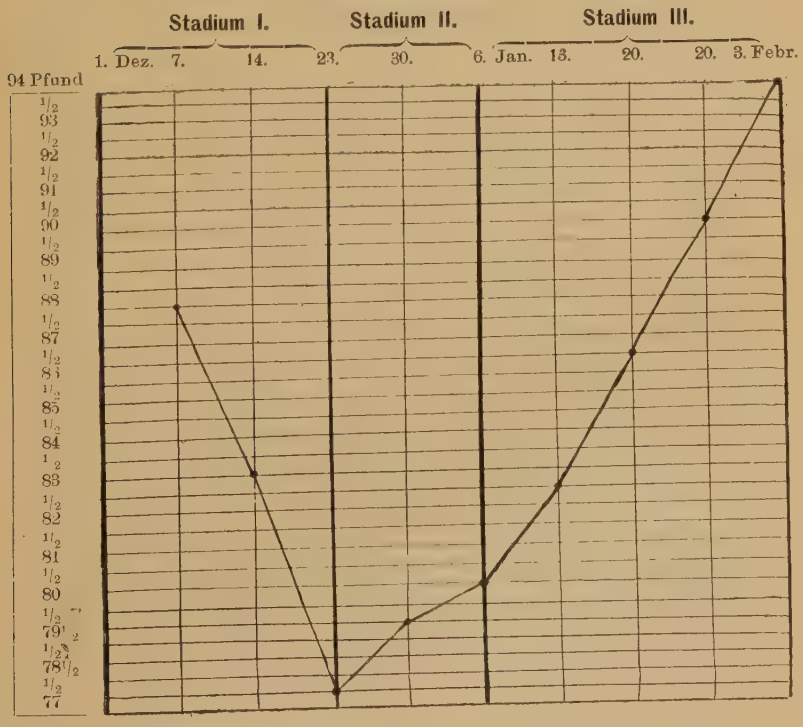
Mit dem 23. Dezember setzte das zweite Stadium, die Besserung ein. Das Erbrechen nahm einen milderen Verlauf, der Appetit hob sich, die Pat. erwachte aus ihrer Apathie; sie begann sich um das Essen zu kümmern und an Gewicht zuzunehmen. Innerhalb der nächsten 14 Tage stieg das Gewicht von $77^1{}_2$ Pfund auf $80^1{}_2$ Pfund. Die Urinmenge stieg von 24 ccm auf 1000 ccm, das spez. Gewicht sank von 1028 auf 1018.

Vom 6. Januar beginnt das dritte Stadium, die Rekonvalescenz. Das Erbrechen hörte vollständig auf. Appetit und Schlaf kehrten wieder, das Gewicht stieg innerhalb der nächsten 28 Tage von $80^1/_2$ auf 94 Pfund. Die Kranke nahm somit täglich durchschnittlich um $^1/_2$ Pfund zu. Gleichzeitig ändert sich das psychische Verhalten der Patientin. Die Urinmenge stieg zur Norm; die schwankt zwischen 1200 und 1500 ccm, das spez. Gewicht betrug 1012. Eine neuerdings angestellte Magenausheberung förderte ein gut verdautes

Probefrühstück zu Tage. Die Spülflüssigkeit kam ganz klar heraus. Die Untersuchung des Mageninhaltes zeigte Gesamtacidität 30, freie Salzsäure deutlich positiv, keine Milchsäure, Biuretprobe positiv. Fibrin wird vom filtrierten Magensaft vollständig normal verdaut.

Am 10. Januar trat ein neues Ereignis ein: Die Sehschärfe des linken Auges nahm ab; am 22. Januar trat das gleiche am rechten Auge ein. Es handelte sich um eine typische hysterische Amblyopie, sodass sie auf 1 m Entfernung nicht einmal die vorgehaltenen Finger zählen konnte. Durch Galvanisieren des Auges verbunden mit Sehübungen hat sich das Sehvermögen soweit gebessert, dass Pat. wieder lesen konnte. Am 4. Februar wurde Pat. geheilt entlassen.

Gewichts-Skala.



Differentialdiagnose.

Die geschilderten Symptome: Die Brechkrämpfe, das Fehlen der Salzsäure im Mageninhalt, der Appetitverlust, die rasche Abmagerung sind auch einer Reihe anderer Magenerkrankungen gemeinsam, z. B. dem Carcinoma Ventriculi, der Pylorusstenose, der akuten und chronischen Gastritis, der Achylia gastrica, der Amyloiddegeneration und den Stauungskatarrhen des Magens. Ziehen wir aber das gesamte Symptomenbild der obigen Erkrankungen in Erwägung, so gelangen wir zum Schlusse, dass hier keine von ihnen anzunehmen ist.

Gegen die Annahme eines Carcinoms spricht in unserem Falle vor allem das Fehlen eines Tumors, sowie das jugendliche Alter unserer Patientin. Wohl hat unser Fall das Bild der schweren Kachexie geboten, wie wir es beim Carcinom finden. — Die Pat. hat innerhalb 14 Tagen um $10^1/_2$ Pfund abgenommen — aber der weitere Verlauf zeigt, dass die Pat. wieder rasch zunahm, als das Erbrechen aufhörte. Endlich fehlt in unserem Falle im Magensafte die Milchsäure, die bereits im frühen Stadium des Magencarcinoms häufig aufzutreten pflegt. Bei unserer Pat. konnte im Verlauf der ganzen Krankheit bis zum Beginn der Rekonvalescenz keine freie Salzsäure nachgewiesen werden, aber gleichzeitig fehlte auch die Milchsäure. Was das Fehlen der Salzsäure betrifft, so stellt es nach Riegel, v. Velden, Oppler kein pathognomonisches Zeichen für Carcinom dar, da Salzsäureschwund auch bei vielen anderen organischen und funktionellen Erkrankungen des Magens vorkommen kann. Riegel beobachtete das Fehlen der Salzsäure bei toxischer Gastritis und Amyloiddegeneration der Magenschleimhaut. Oppler beobachtete dasselbe bei Phthisis pul-

monum, bei Herzfehlern und bei schwerer Chlorose. Auch das Erbrechen spricht in unserem Falle nicht für Carcinom. So ergab die wiederholte makro- und mikroskopische Untersuchung sowohl des Erbrochenen, wie auch des Mageninhaltes und der Fäces Abwesenheit vom Blut. Ferner fehlen bei unserer Pat. zwei wichtige Symptome des Carcinoms, nämlich die Ektasie und die herabgesetzte motorische Kraft des Magens. Auf Grund dieser Tatsachen kommt wohl in unserem Falle das Carcinom nicht in Betracht. Gegen die Annahme einer cicatriciellen Pylorusstenose spricht gleichfalls das Fehlen der Ektasie und der motorischen Insufficienz des Magens, dann das Fehlen der Salzsäureproduktion. Ferner erbrechen die Kranken bei narbiger Pylorusstenose gewöhnlich nur dann, wenn sich grosse Massen von Speiseresten im Magen ansammeln, während unsere Pat. auch bei leerem Magen erbricht.

Gegen die Annahme eines noch bestehenden Ulcus spricht das Fehlen der Schmerzhaftigkeit, sowie der Haematemesis und Hämokoprie, ferner der Umstand, dass an Stelle der bei einem Ulcus gewöhnlich vorhandenen Hyperacidität in unserem Falle Anacidität gefunden wurde.

Von den Gastritiden muss zunächst die toxische Gastritis, die durch konzentrierte Mineralsäuren, Carbolsäure, Aetzkalien und Alkohol verursacht werden kann, von vornherein ausgeschlossen werden. Die anamnestischen Angaben, ebenso die Untersuchung der Lippen, des Mundes, des Pharynx und Larynx geben uns keine Anhaltspunkte dafür. Ebenso spricht das Fehlen von Schmerzen und Druckgefühlen im Magen gegen eine toxische Gastritis.

Was die Gastritis chronica anbetrifft, so muss sie auch, trotzdem manche Symptome für ihr

Vorhandensein zu sprechen scheinen, gleichfalls ausgeschlossen werden, da der wichtigste Befund derselben, die charakteristische vermehrte Schleimproduktion, in unserem Falle fehlt. Bei Gastritis chronica, sagt Riegel, können schon in nüchternem Zustand grössere Massen schleimhaltiger Flüssigkeit aus dem Magen gewonnen werden: ferner tritt das Erbrechen bei der Gastritis chronica nicht so häufig auf, wie in unserem Falle.

Die Amyloiddegeneration der Magenschleimhaut kommt nicht in Betracht, da sie nur in Gemeinschaft mit einer Amyloiddegeneration in anderen Organen vorkommt, wofür in unserem Falle jegliche Anhaltspunkte fehlen.

Mit der Achylia gestrica hat unser Fall den Salzsäuremangel gemeinsam, bei der Achylia tritt aber im Gegensatz zu unserem Fall nur selten Erbrechen auf.

Aus der Gruppe der Erkrankungen, bei denen das Erbrechen als Fernsymptom auftritt, können zuerst die organischen Erkrankungen des Gehirnes und seiner Häute ausgeschlossen werden, da ausser dem Erbrechen kein charakteristisches Symptom für derartige Erkrankungen in unserem Falle nachweisbar ist. Ebensowenig können spinale Erkrankungen (gastrische Krisen bei Tabes) hier in Betracht gezogen werden. Bei unserer Pat. sind die Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert, ferner bestehen weder Pupillenstarre, noch Sensibilitätsstörungen, endlich fehlen die lanzinierenden Schmerzen und die Ataxie. Es käme noch schliesslich „das periodische Erbrechen“ oder „die gastralgischen Anfälle“ in Betracht, wie sie nach den Beobachtungen von v. Leyden ganz unabhängig von einer Rückenmarksaffektion vorkommen. Es fehlt aber in unserem Fall die charakteristische

Periodizität des Erbrechens, ferner ein Symptom, welches von v. Leyden gewöhnlich in diesen Fällen vorfand, nämlich die Einziehung des Abdomens; weiterhin hat unsere Patientin keine reissenden Schmerzen in den Beinen und keine Schmerzen in der Magengegend, die gleichfalls für das „periodische Erbrechen" kennzeichnend sind.

Was die Gruppe des toxischen Erbrechens betrifft, so könnte man eventuell an Urämie und Cholämie denken. Gegen erstere spricht das Fehlen von Albumen und Cylindern im Harn, gegen die Annahme einer Cholämie das Fehlen von Gallensteinkolikanfällen oder Ikterus.

Für die Annahme eines peritonitischen Erbrechens liegt kein Grund vor, da im ganzen Verlauf der Krankheit weder Schmerzen noch Fieber auftraten.

Ebenso liegt im vorliegenden Falle, wie aus der Anamnese und der Untersuchung ersichtlich ist, keine Gravidität vor. Die mobile, nicht schmerzhafte Retroflexie uteri steht nach den daraufhin befragten Gynäkologen mit dem Erbrechen in keinem Zusammenhang. Nachdem wir somit die verschiedenen Formen des Erbrechens besprochen haben, sind wir berechtigt das in unserem Falle auftretende Erbrechen im Verein mit dem gesamten Symptomenkomplex als „psychogenes" anzusprechen. Aus der Gruppe der Erkrankungen, bei denen das Erbrechen durch psychische Einflüsse entsteht, kann zunächst die nervöse Dyspesie ausgeschlossen werden. Bei derselben herrschen die Schmerzen besonders nach der Nahrungsaufnahme vor; das Erbrechen erreicht gewöhnlich nicht jenen hohen Grad wie in unserem Falle, welcher fast völlig schmerzfrei verlief. Es bleiben noch die Neurasthenie und besonders die Hysterie übrig, welche in unserem Falle

die Ursache für das Erbrechen abgeben dürfte. Für diese Auffassung spricht zunächst das Auftreten des Erbrechens im direkten Anschlusse an schwere psychische Insulte, ferner der das Erbrechen häufig einleitende Kaumuskelkrampf (Trismus hystericus), schliesslich der charakteristische Wechsel der hysterischen Krankheitserscheinungen. Es ist, sagt Kraepelin, „gewissermassen eine Reihe von Zufällen, die sich auf der gemeinsamen Grundlage der Hysterie nacheinander abspielen können und deren Einzeldauer häufig Stunden und Tage beträgt.“ Sydenham hat bereits hervorgehoben, dass die Hysterie alle Krankheiten vortäuschen kann, indem sie je nach dem verschiedenen Sitz der hysterischen Affektion einen lokalen, der funktionellen Eigentümlichkeit des betreffenden Organes angepassten Charakter haben kann. Er äusserte sich über die Hysterie folgenderweise: „Hysterie ist ein Proteus, welcher eine Unzahl verschiedener Farben annimmt, ein Chamäleon, welches ohne Unterschied seine Farben wechselt.“ Gerade dieses für Hysterie pathognomonische Zeichen, nämlich der Wechsel der Erscheinungen und deren Abhängigkeit von seelischen Momenten war in unserem Falle ausgeprägt.

In der Rekonvalescenz trat vorerst eine linksseitige, später eine rechtsseitige Amblyopie ein. Der Augenhintergrund war dabei normal. Namentlich diese typisch hysterische Amblyopie unterstützt unsere Diagnose. Ferner zeigte sich bei unserer Pat. eine ganze Reihe anderer nervöser Erscheinungen, die bei den Hysterischen zu den häufigsten und quälendsten Symptomen gehören: Anorexie, Schlaflosigkeit, gesteigerte Reflexe, herabgesetzte Empfindlichkeit des Gaumens, die Oligurie, (welche nach Charcot bei Hysterischen bis zur völligen Anurie sich gestalten kann), endlich die deprimierte

Gemütsstimmung der Pat., die einem hypochondrischen Zustande ähnelte. Auch der Mangel der Salzsäure spricht nicht gegen die psychogene Natur des Erbrechens, da man auch bei Hysterischen und Neurasthenischen zuweilen völlige Anacidität findet (Riegel). Die Richtigkeit der Diagnose „hysterisches Erbrechen" bezeugt schliesslich der günstige Ausgang. Aus dem Krankheitsverlauf sehen wir, dass parallel mit der Behandlung, welche hauptsächlich in psychischer Beeinflussung bestand, das ganze Krankheitsbild sich änderte. Das Erbrechen lässt nach und schliesslich verschwindet es nach 6 wöchentlicher Behandlung vollständig. Der Appetit, die Salzsäuresekretion stellten sich wieder ein, Pat. nahm rasch an Gewicht zu; gleichzeitig wurde die Stimmung der Pat. eine hoffnungsfreudige.

Prognose.

Die Prognose eines derartigen psychogenen Erbrechens ist im allgemeinen günstig; zuweilen kann aber ein derart hartnäckiges Erbrechen das Leben bedrohen, da die Patienten stark kachektisch werden und einer interkurrenten Erkrankung leicht erliegen können. Das Erbrechen kann ferner verschwinden, aber von anderen nervösen Krankheitserscheinungen, wie Lähmungen oder wie in unserem Falle von Amblyopie oder selbst Amaurose gefolgt sein.

Therapie.

Durch die Behandlung trachtete man die Kranke in erster Linie psychisch zu beeinflussen. Man suchte die Patientin durch Zureden dahin zu bringen, dass sie selbst mit all ihrer Willenskraft dem Brechreize

entgegenwirke. Hiermit verband man diätetische Massnahmen und eine methodische Liegekur. Auch im Mantel physikalisch-elektrischer Heilverfahren wurde die psychische Behandlung inszeniert. So wurde die Magengegend häufig galvanisiert. Weiterhin wurde die Ernährung in methodischer Weise reguliert. Letztere bestand aus einer gemischten Kost, deren Calorienmenge, wie aus der folgenden Tabelle zu sehen ist, von 334 auf dem Höhepunkt der Erkrankung (exklusive der Nährklysma) auf 2609 pro die in der Rekonvaleszenz stieg.

Datum	Körpergewicht	Nahrung	Calorien
23. XII. 1905.	77½	½ Lit. Milch. ½ Lit. Bouillon.	334
		Summa	334

Datum	Körpergewicht	Nahrung	Calorien
29. I. 1904.	90½	½ Lit. Milch	335
		1 Stulle	100
		4 Schrippen	575
		200 g Milchreis	684
		100 g Bohnen	190
		70 g Rindfleisch	146
		50 g Schaffleisch	190
		50 g Schinken	60
		40 g Butter	304
		125 g Weintrauben	
		Summa	2609

In der Periode der völligen Anorexie und des starken Erbrechens machte man von Nährklysmen

Gebrauch. Zur Stärkung des Nervensystems wurden ausserdem Kohlensäurebäder verordnet. Von lokalen Mitteln wurden Thermophorkompressen, welche die Brechkrämpfe milderten, auf die Magengegend gelegt. Schliesslich bekam Pat. zur Beseitigung der dyspeptischen Beschwerden Stomachica: Salzsäure, Pepsin.

Das Grundprinzip der Behandlung war somit ein psychisches; das Entstehen und Vergehen des Erbrechens ist in unserem Falle psychischen Einflüssen zuzuschreiben.

An dieser Stelle will ich noch die angenehme Pflicht erfüllen, Herrn Geheimrat Professor Dr. v. Leyden für die gütige Ueberlassung des Materiales und Herrn Privatdozent Dr. P. Lazarus für die Anregung zu dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

Brücke: Lehrbuch der Physiologie. 1885. 4. Aufl.

Hermann: Lehrbuch der Physiologie. 1905. 13. Aufl.

Exner: Vorlesungen über Physiologie. 1901. Wien.

Binswanger: Hysterie. Nothnagel Spec. Path. u. Ther. XII. Bd.

Kraepelin: Psychiatrie. 1904. VII. Aufl.

v. Leyden: Ueber nervöse Dispepsie. Berl. Klin. Wochenschr. 1885. No. 30|31.

v. Leyden: Ueber periodisches Erbrechen. (Gastrische Krisen nebst Bemerkungen über nervöse Magenaffektionen). Zeitschr. f. Klin. Med. 1882. Bd. IV. S. 605.

v. Eulenburg: Real-Encyklopädie:
1. „Erbrechen". VII. Bd. 1885. III. Aufl.
2. „Erbrechen der Schwangeren". VII. Bd. 1895. III. Aufl.
3. „Hysterie". XI. Bd. 1896. III. Aufl.

Riegel: Erkrankungen des Magens (Nothnagel Spec. Pathol. und Ther. 1897. 16. Bd.

Riegel: Zur diagnostischen Verwertung des Magensaftes. Berl. Klin. Wochenschr. 1885. No. 8 u. 12.

Riegel: Beiträge zur Lehre von den Störungen der Saftkresetiondes Magens. Zeitschr. d. klin. Med. Bd. XI.

Boas: Ueber das Vorkommen von Milchsäure im gesunden und kranken Magen, nebst Bemerkung zur Klinik des Magencarnicoms. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXV. S. 285.

Boas: Magenerkrankungen. I. Teil. 1903. V. Aufl. II. Teil. 1901. IV. Aufl.

Oppler: Zur Kenntnis des Mageninhalts beim Carcinoma ventriculi. Deutsch. med. Wochenschr. 1895. No. 5.

Hammerschlag: Untersuchung über das Magencarcinom. Arch. f. Verdauungskrankheiten. Bd. II.

Strümpel: Lehrbuch der spec. Pathol. und Ther. 1904. XV. Aufl.

Mehring: Lehrbuch der inn. Medizin. 1903. 2. Aufl.

Thesen.

I.

Hysterisches Erbrechen nach psychischen Insulten führt nicht selten zu schweren Ernährungsstörungen und zu Kachexie, so dass selbst ein Verdacht auf Magencarcinom erweckt werden kann.

II.

Die Behandlung des physischen Erbrechens soll hauptsächlich in einem psychisch-diätetischen Heilverfahren bestehen.

III.

Nur ein allgemein gebildeter Mensch kann ein gut gebildeter Arzt werden.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Schimschon (Samson) Kwascha, mosaischer Konfession, ist als Sohn des russischen Bürgers Awrum Kwascha am 30. August 1876 zu Umagne in Russland geboren.

Im Jahre 1898 legte er im I. Gymnasium zu Kamenez-Podelk die Prüfung der Reife ab. Im Herbst 1900 wurde er auf Grund seines Maturitätszeugnisses als ordentlicher Hörer an der medizinischen Fakultät der k. k. Universität Wien immatrikuliert, wo er ununterbrochen 8 Semester studierte. Im Herbst 1904 liess er sich an der medizinischen Fakultät der königlichen Universität Berlin immatrikulieren und studierte da bis zu seiner Promotion. Während dieser Zeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herrn Dozenten:

An der Universität Wien: Ebner, Eiselsberg, Exner, Fieber, Hotschek, Klairmont, Lamfa, Lange, Lazarus, Lieben, Ludwig, Manti, Nothnagel, Pal, Pillez, Reiter, Schaffer, Schauta, Schröter, Schnitzler, Weichselbaum, Wiesner, Weinberger, Zuckerkandl; an der Universität Berlin: Borchardt, Bumm, Henkel, Kraus, Nagel, Leyden, Michel, Mendel, Orth.

Allen seinen hochverehrten Herrn Lehrern spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ergebensten Dank aus.